Tweede Kamer der Staten-Generaal

2

Vergaderjaar 2015–2016

Vragen gesteld door de leden der Kamer

2015Z19393

Vragen van het lid **Van der Staaij** (SGP) aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over *de handreiking «Zorg voor mensen die bewust afzien van eten en drinken om het levenseinde te bespoedigen»* (ingezonden 16 oktober 2015).

Vraag 1
Kent u de handreiking «Zorg voor mensen die bewust afzien van eten en drinken om het levenseinde te bespoedigen»?[1]

Vraag 2
Wordt er in de handreiking niet ten onrechte van uit gegaan dat het bewust afzien van eten en drinken geen zelfdoding is, zoals in de artikelen van prof. dr. Den Hartogh, dr. Teeuw, en Van den Brink wordt betoogd?[2] Wat vindt u ervan dat ook Ton Vink, onder andere bekend van het boek «Zelfeuthanasie», vindt dat bewust afzien van eten en drinken, als vorm van zelfeuthanasie, zelfdoding betreft?[3]

Vraag 3
Wat vindt u ervan dat de handreiking niet uitgaat van de geldende juridische definitie van een niet-natuurlijke dood?[4]

Vraag 4
Kunt u reageren op de stelling dat het al dan niet impulsief en gewelddadig zijn van een zelfdoding geen definiërende kenmerken van zelfdoding kunnen zijn? Hoe verhoudt zich dat tot het gegeven dat ook het innemen van dodelijke medicijnen niet gewelddadig is, maar wel wordt gezien als een vorm van zelfdoding?

---

1 http://knmg.artsennet.nl/Publicaties/KNMGpublicatie/140791/Handreiking-Zorg-voor-mensen-die-bewust-afzien-van-eten-en-drinken-om-het-levenseinde-te-bespoedigen-2015.htm

2 Hartogh, G.A.den, De rol van de arts bij levensbeëindiging door stoppen met eten en drinken. Tijdschrift voor Gezondheidsrecht 2014 (38) 192–200Teeuw, A. Levensbeëindiging door te stoppen met eten en drinken, http://provitahumana.nl/pvh/pvhcoart201432.htmlVan den Brink, I. Is stoppen met eten en drinken geen zelfdoding?, Medisch Contact 15 mei 2015, pag. 973–976.

3 Zie reactie onder artikel van Van den Brink, www.medischcontact.nl.

4 «Ieder overlijden dat (mede) het gevolg is van uitwendig (fysisch of chemisch) geweld, ook wanneer dit niet door menselijk toedoen is veroorzaakt, alsmede overlijden waarbij sprake is van opzet of schuld.»

Vraag 5
Deelt u de visie dat het bewust afzien van eten en drinken niet vergeleken kan worden met het weigeren van een levensreddende behandeling, aangezien de dood in het eerste geval een gevolg is van het zelf initiëren van een proces waaraan je overlijdt, en in het laatste geval van een al aanwezige levensbedreigende ziekte?

Vraag 6
Als het bewust stoppen met eten een drinken wel een vorm van zelfdoding is, wat betekent dit dan voor de directe hulpverleners en de naasten die zorgen voor de patiënt? Wat vindt u van de conclusie in het artikel van Den Hartogh dat het hier gaat om hulp-bij-zelfdoding, maar geen strafbare hulp? Wat zijn hiervan volgens u de consequenties?

Vraag 7
Hoe kijkt u aan tegen het voorstel van Teeuw, waarin hij onderscheid maakt tussen hulp die er voor zorgt dat de patiënt zijn actie gemakkelijker kan voortzetten (hulp-bij-hulpdoding) en de gewone hulp die de patiënt nodig heeft, omdat hij patiënt is (geen hulp bij zelfdoding)?

Vraag 8
Vindt u dat er sprake is van een natuurlijke dood als een gezond iemand bewust afziet van eten en drinken, met de dood als gevolg?

Vraag 9
Wat vindt u van de suggestie van Teeuw om de behandelend arts en de gemeentelijk lijkschouwer samen te laten bepalen waar de patiënt zich bevindt op de lijn van «niet ziek tot ongeneeslijk ziek», en om – naarmate de patiënt meer opschuift richting «de ongeneeslijke zieke patiënt» – een verklaring van een natuurlijke dood af te geven? Zou dit niet een betere handelwijze zijn?

Vraag 10
Deelt u de opvatting dat het ongewenst is dat de arts een gezond iemand actief op de mogelijkheid mag wijzen om bewust af te zien van eten en drinken, ook als de patiënt daar zelf niet om vraagt? Hoe verhoudt zich dat met het principe van goed hulpverlenerschap, artikel 453 uit de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO)?

Vraag 11
Hoe verhoudt deze handreiking zich tot de beroepscode van de V&VN (Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland), waarin genoemd wordt dat het geven van eten en drinken tot de basishandelingen van verpleegkundigen en verzorgenden behoort, en er geen schadelijk handelen mag plaatsvinden? Brengt de handreiking verpleegkundigen en verzorgenden daarmee niet in een onmogelijke positie?

Vraag 12
Vindt u met Van den Brink dat de wetenschappelijke onderbouwing van de leeftijdsgrens van 60 jaar zeer matig is, en dat dit daarom niet kan dienen als richtlijn om iemand al dan niet te steunen in zijn voornemen om bewust af te zien van eten en drinken? Bent u het met Vink eens dat stoppen met eten en drinken als zelfeuthanasie alleen «geschikt is voor personen op hoge leeftijd, met een zwakke conditie en eigenlijk al uit zichzelf bezig (veel) minder te eten en te drinken» en dat de leeftijd van zestig jaar aan een «gevaarlijk lage kant» ligt? Welke consequenties verbindt u hieraan?

Vraag 13
Hoe verhoudt deze handreiking zich tot de reikwijdte van palliatieve zorg? Wat vindt u ervan dat de commissie de zorg voor de mens die besluit om te stoppen met eten en drinken als een vorm van palliatieve zorg beschouwt, ook als er ten tijde van de beslissing geen sprake was van een direct levensbedreigende ziekte?

Vraag 14
Biedt de handreiking volgens u voldoende bescherming van patiënten, waarbij de totstandkoming van de keuze om bewust af te zien van eten en drinken twijfelachtig is? Is voldoende gewaarborgd dat het om een vrijwillige, weloverwogen keuze van de patiënt gaat?

Vraag 15
Vindt u dat de handreiking voldoende bescherming biedt aan patiënten bij wie de doodswens of de keuze om niet te eten en drinken uiting is van een psychiatrisch ziektebeeld (b.v. depressie, anorexia nervosa)? Deelt u de opinie dat psychiatrische patiënten nog kwetsbaarder zijn, en daarom dubbel recht hebben op bescherming, terwijl daar in de handreiking niet op ingegaan wordt?

Vraag 16
Hoe verhoudt deze handreiking zich met de GGZ-richtlijn eetstoornissen, waarin aanbevolen wordt patiënten die niet (meer) in levensgevaar verkeren, maar voor voeding afhankelijk zijn van de sonde omdat ze nog niet willen of durven eten, opgenomen worden op een daarvoor toegeruste gespecialiseerde afdeling voor de behandeling van eetstoornissen in de psychiatrie?

Vraag 17
Deelt u de mening dat in het gesprek over het bewust afzien van eten en drinken niet alleen stilgestaan moet worden bij de overwegingen, maar vooral ook gezocht moet worden naar de vraag achter de vraag, en het zoeken naar alternatieven, zoals een doel in het leven, het verminderen van eenzaamheid of de behandeling van een depressie? Wordt daar volgens u voldoende invulling aan gegeven door de richtlijn?

Vraag 18
Wat vindt u ervan dat de vertegenwoordiger geacht wordt beslissingen over zorg en behandeling voor de patiënt te nemen «die in lijn zijn met het besluit van de patiënt om bewust af te zien van eten en drinken» op het moment dat deze daartoe zelf niet meer in staat is? Kan dat de vertegenwoordiger niet in een onmogelijke positie brengen, of met gewetensbezwaren confronteren? Hoe moet hier in de praktijk mee worden omgegaan?

Vraag 19
Wat vindt u ervan dat het besluit van de patiënt om bewust te stoppen met eten en drinken nogal eens samenhangt met een afgewezen euthanasieverzoek? Hoe beoordeelt u het mogelijke risico dat bewust stoppen met eten en drinken een niet getoetste «achterdeur» wordt voor afgewezen euthanasieverzoeken?

Vraag 20
Zou het niet wenselijk zijn het proces van afzien van eten en drinken achteraf te toetsen, net als gebeurt bij euthanasie en hulp bij zelfdoding?

Vraag 21
Bent u bereid, gelet op de fundamentele vragen die de handreiking oproept, deze handreiking juridisch en ethisch te laten toetsen?

Vraag 22
Bent u bereid de Kamer periodiek te informeren over hoe vaak het besluit om het leven op deze manier te beëindigen genomen en uitgevoerd wordt, en wat de achterliggende redenen daarvan zijn, zoals nu ook gebeurt bij euthanasie?